

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

390

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Lundi 19 Juillet 1909, à 1 heure*

PAR

Alfred FAYOLLET

*Contribution à l'Étude*

DES

GANGRÈNES DU DIVERTICULE DE MECKEL

*Président* : M. RECLUS, *professeur*

*Juges* { MM. HARTMANN, *professeur*  
LEGUEU, *agrégé*  
MAUCLAIRE, *agrégé*

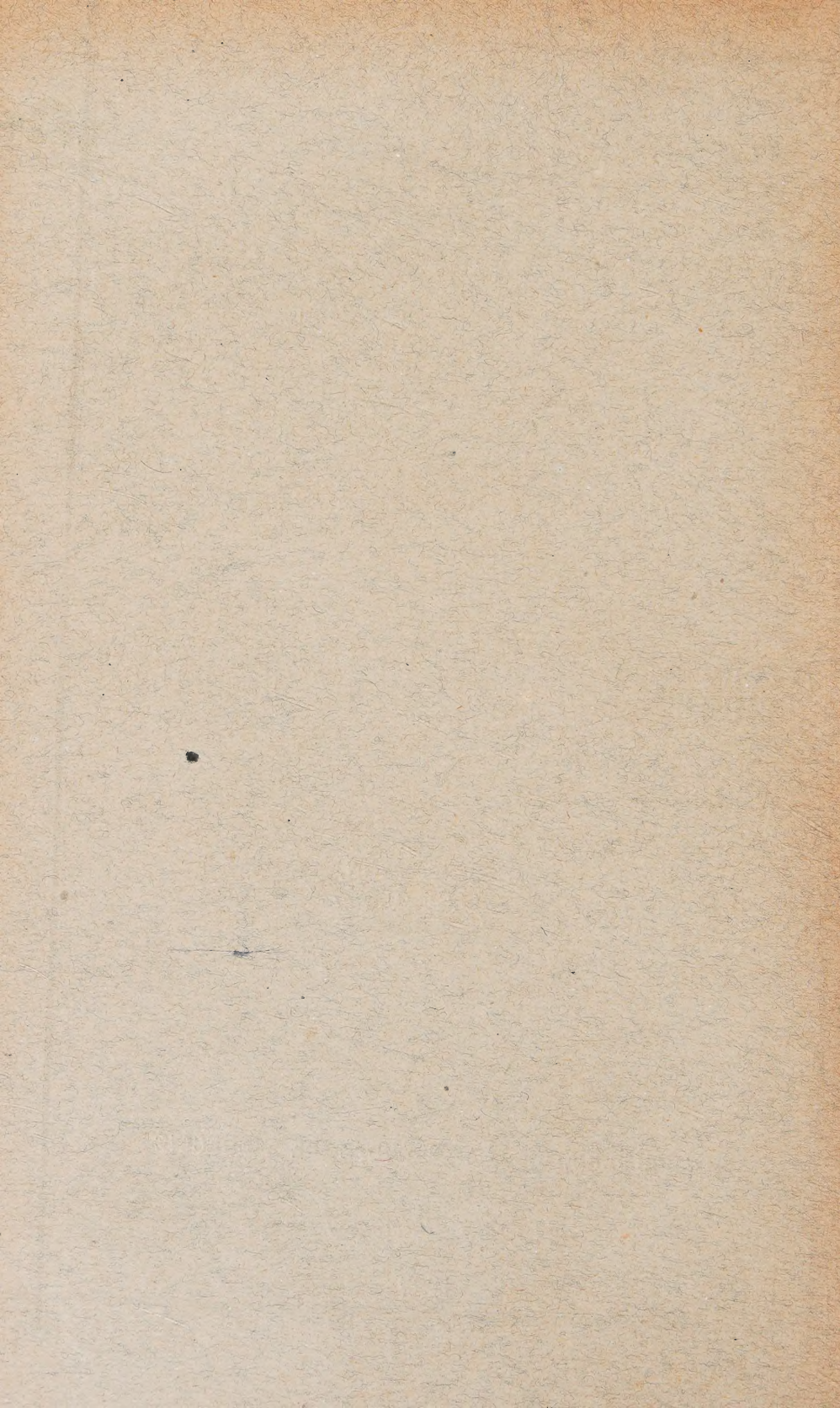
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, *Editeur*

15, Rue Racine, 15

1909



390

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41547127\\_0067](https://archive.org/details/IA41547127_0067)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Lundi 19 Juillet 1909, à 1 heure*

PAR

Alfred FAYOLLET

*Contribution à l'Étude*

DES

GANGRÈNES DU DIVERTICULE DE MECKEL



Président : M. RECLUS, *professeur*  
Juges { MM. HARTMANN, *professeur*  
LEGUEU, *agrégé*  
MAUCLAIRE, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1909

# Faculté de Médecine de Paris

|                                                                        |  |                     |
|------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|
| <b>LE DOYEN . . . . .</b>                                              |  | <b>M. LANDOUZY</b>  |
| <b>PROFESSEURS. . . . .</b>                                            |  | <b>MM.</b>          |
| Anatomie. . . . .                                                      |  | NICOLAS             |
| Physiologie. . . . .                                                   |  | CH. RICHET          |
| Physique médicale. . . . .                                             |  | GARIEL              |
| Chimie organique et Chimie générale. . . . .                           |  | GAUTIER             |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  |  | BLANCHARD           |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                         |  | BOUCHARD            |
| Pathologie médicale. . . . .                                           |  | BRISSAUD            |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       |  | DEJERINE            |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         |  | LANNELONGUE         |
| Histologie. . . . .                                                    |  | PIERRE MARIE        |
| Opérations et appareils. . . . .                                       |  | PRENANT             |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             |  | HARTMANN            |
| Thérapeutique. . . . .                                                 |  | POUCHET             |
| Hygiène. . . . .                                                       |  | GILBERT             |
| Médecine légale. . . . .                                               |  | CHANTEMESSE         |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    |  | THOINOT             |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          |  | CHAUFFARD           |
|                                                                        |  | ROGER               |
|                                                                        |  | HAYEM               |
| Clinique médicale. . . . .                                             |  | DIEULAFOY           |
|                                                                        |  | DEBOVE              |
|                                                                        |  | LANDOUZY            |
|                                                                        |  | HUTINEL             |
| Maladies des enfants. . . . .                                          |  | GILBERT BALLET      |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . |  | GAUCHER             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               |  | RAYMOND             |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      |  | DELBET              |
|                                                                        |  | QUENU               |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         |  | RECLUS              |
|                                                                        |  | SEGOND              |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      |  | DE LAPERSONNE       |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     |  | ALBARRAN            |
|                                                                        |  | PINARD              |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      |  | BAR                 |
|                                                                        |  | RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        |  | POZZI               |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                               |  | KIRMISSON           |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                        |  | ALBERT ROBIN        |

## Agrévés en exercice

|               |              |           |            |
|---------------|--------------|-----------|------------|
| <b>MM.</b>    |              |           |            |
| AUVRAY        | CUNEO        | LAUNOIS   | NOBECOURT  |
| BALTHAZARD    | DEMLIN       | LECENE    | OMBREDANNE |
| BRANCA        | DESGREZ      | LEGREY    | POTOCKI    |
| BRZANÇON (F.) | DUVAL (P.)   | LENORMANT | PROUST     |
| BRINDEAU      | GOSSET       | LORPER    | RENON      |
| BROCA (A.)    | GOUGET       | MACAIGNE  | RICHAUD    |
| BRUMPT        | JEANNIN      | MAILLARD  | RIEFFEL    |
| CARNOT        | JEANSELME    | MARION    | SICARD     |
| CASTAIGNE     | JOUSSET (A.) | MORESTIN  | ZIMMERN    |
| CLAUDE        | LABBE (M.)   | MULON     |            |
| COUVELAIRE    | LANGLOIS     | NICLOUX   |            |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en-tend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SCEURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
Membre de l'Académie de Médecine  
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
*Gangrènes du Diverticule de Meckel*

---

INTRODUCTION

Ayant observé, en 1907, à l'hôpital de Rotschild, un cas de gangrène du diverticule de Meckel, nous nous intéressâmes vivement à cette question et nous fîmes sur ce sujet, d'ailleurs tout récent, différentes recherches. Frappé par l'intérêt que présentait cette observation, étant donné le peu de fréquence de cette affection, nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Sur ces entrefaites parut le livre si documenté de E. Forgue et V. Riche. Nous l'avons étudié avec intérêt, et il nous a aidé puissamment dans nos recherches.

Mais avant d'aller plus loin, il est pour nous un devoir trop agréable à remplir pour que nous ne l'accomplissions pas tout de suite. C'est à nos premiers maîtres de l'Ecole de Clermont que nous voulons d'abord adresser l'assurance de notre respectueuse reconnaissance pour

les bonnes leçons qu'ils nous donnèrent avec tant de dévouement et de compétence. Que le D<sup>r</sup> Maurin, professeur de clinique médicale, veuille bien recevoir nos plus sincères remerciements pour la sollicitude si éclairée avec laquelle il guida nos premiers pas dans l'étude de la médecine. Son dévouement à ses malades et sa haute probité professionnelle sont des exemples que nous nous efforcerons de suivre durant toute notre carrière.

Nous eûmes à la Faculté de Paris la bonne fortune, et l'honneur de suivre la clinique médicale de M. le professeur Debove, et d'être attaché au service de M. le professeur Pozzi, qui nous enseigna la gynécologie. M. le professeur Pinard nous inculqua le précepte de l'art de l'accouchement et nous pûmes tirer de ses bonnes leçons un enseignement pratique dont nous lui sommes infiniment reconnaissant. Il ne nous est malheureusement permis que d'adresser un hommage à la mémoire du regretté professeur Berger qui nous familiarisa avec le diagnostic chirurgical.

Enfin, que M. le professeur Reclus, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici l'expression de notre sincère et très respectueuse gratitude.

## HISTORIQUE

La notion de l'existence des diverticules intestinaux n'est pas de date très ancienne. La première mention, en effet, en fut faite par Ruych en 1698 dans son *Observationum anatomico-chirurgicarum Centuria*, puis en 1707 dans son *Thesaurus anatomicus septimus*.

En 1700, Littre rapporte deux cas de hernie du diverticule (hernie qui porte d'ailleurs à l'étranger le nom de hernie de Littre). Ces diverticules furent encore vus et signalés par différents auteurs dans le cours du xviii<sup>e</sup> siècle, bien que Winslow (1732) n'en fasse aucune mention dans son ouvrage.

Meckel en 1809 donne par une série de travaux des notions nettes sur les diverticules : il établit leur origine aux dépens du canal omphalo-mésentérique et en précise les caractères. Différents auteurs publient ensuite des observations d'occlusion intestinale due à un diverticule iléal : thèse de Falk (1835), Hutton, Pirrie, Nünn, Bouvier, Parise (1851). Mais tous ces travaux traitaient le plus souvent soit de l'anatomie du diverticule, soit de l'occlusion intestinale due au diverticule de Meckel. Beaucoup d'observations parues dans le courant du xix<sup>e</sup> siècle, sous le nom d'occlusion par le diverticule, signalaient les

lésions gangréneuses ou inflammatoires de celui-ci, mais sans y insister. Meckel et ses contemporains n'ont pas connu cette lésion. Rayer, en 1824, publia « un cas mortel d'entérite et de péritonite, déterminée par un diverticule de l'iléon », dans lequel il constata la gangrène du diverticule, mais cette lésion n'est pas pour lui le fait intéressant et il admet un obstacle au cours des matières.

Cependant Houston, en 1834, décrit un cas typique de diverticulite chronique avec péritonite circonscrite. Dénucé (1847), rapporte l'autopsie d'un homme chez lequel on trouva « une rupture de l'intestin qui était due à un noyau de cerise qui avait pénétré dans un diverticulum et qui avait ulcéré son fond ». En 1864, Carrière décrit l'inflammation d'un diverticule de l'iléon, « qui avait la forme d'un canal infundibuliforme à deux extrémités, s'abouchant toutes les deux dans l'intestin ».

Galton (1872) rapporte l'autopsie d'un enfant de douze ans mort de fièvre typhoïde et chez lequel il trouva une perforation siégeant à l'extrémité d'un diverticule iléal.

Cazin, dans sa thèse (1862) admet l'inflammation du diverticule, mais ne lui consacre qu'une très brève description : il la considère seulement comme cause des adhérences qui fixent le diverticule.

Fitz (1884) cite les cas de Beale, Houston, Galton, mais il met en doute les inflammations du diverticule.

Les progrès de la chirurgie abdominale nous fournissent plus tard des observations plus nombreuses.

Makins enlève un diverticule de 10 centimètres de

long qui présentait 13 perforations. Kœrte rapporte 2 cas de diverticulite, qu'il décrit sous le nom d'occlusion par diverticule (1894). Piqué et Guillemot, au Congrès français de Chirurgie de 1897, décrivent les premiers « les suppurations du diverticule de Meckel simulant l'appendicite ». En 1898, paraissent les observations de Mautclair et Macaigne ; 2 cas de Kramer qui font qu'il y a une diverticulite chronique comme il existe une appendicite chronique. Macaigne et Blanc, en 1899, l'étudient au point de vue anatomo-pathologique et Blanc, dans sa thèse, donne la première étude d'ensemble de la question.

Les observations se sont alors multipliées et un grand nombre de travaux sont parus sur ce sujet. Les plus importants sont ceux de Denecke (1902), de Hilgenreiner (1903), le mémoire de Cahier (1906) et enfin et surtout le livre de Forgue et Riche, qui porte à 59 le nombre des observations publiées.

## NOTIONS ANATOMIQUES

Au début de la vie embryonnaire, le canal intestinal communique à travers l'ombilic avec la vésicule ombilicale au moyen d'un conduit qui porte le nom de canal omphalo-mésentérique. Déjà, au commencement du deuxième mois, l'intestin est complètement fermé : il forme une anse dont le sommet est adhérent à l'ombilic par le pédicule de la vésicule ombilicale ou canal omphalo-mésentérique. Dans le cours du troisième mois ce pédicule disparaît et l'intestin devient libre dans la cavité abdominale ; mais le canal omphalo-mésentérique peut persister soit en totalité, ce qui constitue des malformations diverses, soit en partie seulement et dans ce cas, perdant toute connexion avec l'ombilic il se présente sous la forme d'un diverticule adhérent à l'intestin par une de ses extrémités, et libre dans la cavité abdominale par son autre extrémité ; c'est le diverticule de Meckel.

*Fréquence.* — Il est relativement rare.

Augier (thèse de Paris, 1888) l'a rencontré six fois sur 200 cadavres (137 hommes et 63 femmes), quatre fois chez l'homme et deux fois chez la femme.

Kelynnack (*Journal of anatomy*, 1892) l'a trouvé quatre fois sur 298 sujets.

Dans une autre statistique il existait seize fois sur 769 sujets.

En somme, il se montre avec une fréquence moyenne de 2 0/0.

*Situation.* — C'est le vestige d'un conduit embryonnaire ; aussi a-t-il un siège constant. Il répond à la partie terminale de l'intestin grêle, en moyenne à 80 centimètres ou 1 mètre du cæcum. Il s'implante presque toujours sur le bord convexe de l'intestin. Cependant, parfois il se détache d'une de ses faces plus ou moins près de son bord mésentérique.

*Dimensions.* — Elles sont très variables, sa longueur moyenne est de 5 ou 6 centimètres ; mais on en a observé de 2 centimètres seulement, comme il en a été signalé de 25 centimètres. Son calibre égale le plus souvent celui de l'anse intestinale sur laquelle il est implanté, mais il est des cas où il est notablement plus étroit ou plus large.

*Forme.* — Elle est aussi très variable, il est cylindrique, cylindro-conique ou conique. Il est tantôt rectiligne, tantôt plus ou moins recourbé en forme de crosse.

Sa base répond à son implantation : quelquefois elle est plus ou moins rétrécie et parfois même présente une sorte de repli valvulaire. Son sommet terminé en cul-de-sac est plus ou moins bosselé, parfois subdivisé en plusieurs lobes. Le plus souvent il donne naissance à un prolongement ligamenteux plus ou moins long, constitué soit par les vaisseaux omphalo-mésentériques oblitérés et transformés en petits cordons conjonctifs, soit

par la partie du canal omphalo-mésentérique faisant suite immédiatement au canal qui a persisté.

*Sa structure* est la même que celle de l'intestin grêle. Ordinairement les matières y circulent et il ne se produit pas de stase : souvent il renferme des corps étrangers.

Les caractères distinctifs du diverticule de Meckel ont été indiqués par Cahier. Ce sont les suivants :

- 1° Unicité absolue ;
- 2° Identité de sa paroi avec celle de l'intestin ;
- 3° Siège habituel sur la deuxième partie de l'iléon, plus ou moins loin du cæcum ;
- 4° Longueur généralement supérieure à 2 centimètres ;
- 5° Présence habituelle sur le cul-de-sac terminal d'un filament ou d'une trace d'insertion filamenteuse ;
- 6° Adhérence fréquente à l'ombilic, au mésentère, ou à l'intestin ;
- 7° Implantation à angle droit sur le bord libre de l'intestin dans lequel l'abouchement se fait à plein canal ;
- 8° Origine vitelline.

Ces caractères permettent de différencier le diverticule de Meckel des autres formations diverticulaires siégeant sur l'intestin, car, dit Cahier, « on a jusqu'ici englobé sous le vocable de diverticule de Meckel des appendices intestinaux appartenant à une variété différente ». Sans doute la confusion au point de vue pathologique n'a-t-elle pas grande importance. Toutefois une classification plus précise étant avantageuse, Cahier divise ainsi ces appendices intestinaux :

1° Diverticules de Meckel (présentant les caractères indiqués) ;

2° Diverticules ancestraux ;

3° Diverticules entéroïdes par inclusion ;

4° Diverticules faux ou herniers tuniquaires.

## ETIOLOGIE

Le diverticule de Meckel se rencontre chez 2 à 4 o/o environ des sujets normaux. Mais les cas où il donne lieu à des troubles ont été peu fréquemment constatés. Ainsi que le dit Meckel, quand il existe il fait souvent parler de lui. Il donne lieu plus souvent à de l'occlusion mécanique qu'à de la diverticulite.

La notion de diverticulite est d'ailleurs de date tout à fait récente, puisque c'est à la suite de la communication de Plicque et Guillemot, au Congrès français de Chirurgie de 1897, que l'attention fut attirée sur cette altération du diverticule. Depuis cette époque, en relevant le nombre de cas connus, on arrive au chiffre de 59. Sur ces 59 cas on en trouve 40 chez l'homme, 12 chez la femme et 7 où le sexe n'est pas mentionné.

C'est une affection plus spécialement rencontrée chez l'adulte. Sur 13 cas, Hilgenreiner en signale 8 chez l'adulte.

Aucune cause certaine et de véritable valeur ne peut être incriminée pour expliquer cette affection, surtout alors qu'il s'agit d'inflammation vraie du diverticule, et non du cas d'obstruction occasionné par ce rudiment embryonnaire.

C'est ainsi qu'on a successivement accusé la constipation, l'entérite, qu'on a retrouvé dans le passé des gens atteints de diverticulite des petites crises de coliques, des douleurs abdominales accompagnées de nausées et de vomissements, tous phénomènes que Forgue englobe sous le nom de petits accidents du diverticule fixé et qu'il attribue à des poussées inflammatoires antérieures ayant déterminé des adhérences.

Nous ferons cependant remarquer que ces causes ne peuvent être considérées que comme occasionnelles. Elles manquent, en effet, dans bien des observations.

Somme toute, la cause déterminante nous échappe et bien souvent la gangrène de diverticule de Meckel doit être regardée comme une affection primitive de ce reste embryonnaire.

## ETUDE CLINIQUE

Dans sa thèse inaugurale, Blanc s'exprime de la façon suivante : Autant d'observations de diverticulite, autant d'erreurs de diagnostic. On pourrait dire plus justement : autant d'hésitations, car étant donné la banalité des symptômes, à part ce que nous pourrions appeler le syndrome abdominal, il n'existe aucun élément permettant de trancher le problème, et le plus souvent on opère sans diagnostic ferme ; on n'ose pas en faire. Il existe un mélange de symptômes appartenant à l'obstruction intestinale, tels que les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, la distension de l'abdomen, et de signes qu'on retrouve dans l'appendicite, comme la douleur prédominant dans le côté droit de l'abdomen ; mais rien nous le répétons, ne peut faire soupçonner la présence d'un reliquat embryonnaire et, *a fortiori*, rien ne peut faire penser à l'inflammation de ce reliquat.

Si le siège du diverticule était fixe, si les lésions étaient limitées au diverticule, on pourrait, comme dans l'appendicite, trouver probablement un point de l'abdomen où se révélerait le paroxysme de la douleur. Mais, en général, l'intestin et le péritoine participent à l'inflammation, et, comme nous le verrons en étudiant l'anato-

mie pathologique, peuvent être intéressés en totalité ou en partie seulement.

Le début, d'après la notion classique, est brusque, dramatique presque. C'est une douleur intense qui ouvre la scène chez un individu habituellement bien portant ou qui, dans ses antécédents, a présenté soit des coliques, soit des poussées d'entérite, ou du moins diagnostiquées telles, car souvent il doit s'agir de petites inflammations antérieures rentrant très rapidement dans l'ordre.

Cette douleur présente comme caractère, dans les principales observations, d'être extrêmement vive : c'est le véritable coup de poignard péritonéal. Le malade est courbé en deux, incapable d'un mouvement. Au lit, le poids des couvertures occasionne de violentes souffrances, la respiration est superficielle et précipitée, l'examen est presque impossible, le ventre est ballonné et tendu et ne se laisse pas déprimer. Nous devons cependant mentionner que, dans le cas qu'il nous a été donné d'observer, la douleur n'a pas paru être le premier phénomène en date.

C'est, en effet, un état gastrique qui a ouvert la scène, et la douleur est apparue progressivement, n'atteignant pas d'emblée son paroxysme. Il existe dans ce cas une analogie avec certaines appendicites où le syndrome dyspeptique précède de loin la scène dramatique et où le malade est soigné pendant longtemps comme un gastralgique.

C'est en général dans la fosse iliaque ou dans la région ombilicale que cette douleur fait son apparition,

à la hauteur d'une ligne réunissant les deux épines iliaques antérieure et supérieure et à l'union de la fosse iliaque droite avec l'hypogastre (Rayer).

Mais cette douleur n'est pas localisée aux régions précitées. C'est souvent en cet endroit qu'elle paraît être la plus violente, mais tout le ventre est météorisé, tympanique, douloureux.

En même temps que la douleur existe un état nauséux. Les vomissements surviennent, mais sont d'abord alimentaires. Ils exagèrent la douleur. Le malade ne peut rien ingérer. Tout est immédiatement rejeté.

Les vomissements sont ensuite pituiteux, puis bilieux et, si l'on tarde à intervenir, ils deviennent franchement porracés ou noirâtres, fécaloïdes.

Dès qu'éclatent les premiers symptômes, il y a arrêt des matières et des gaz. Ceci n'est toutefois pas absolu ; bien souvent, dès les premières heures, on peut noter de la diarrhée, et celle-ci peut persister les jours suivants. Cette différence s'explique par ce fait que l'ensemble des symptômes peut être dû soit à une occlusion causée par le diverticule, soit à une diverticulite vraie et, dans ce dernier cas, le cours des matières peut rester libre.

Dans le cas où rien ne passe, et quand, dans ce cas, il y a diverticulite, on peut incriminer le *shock réflexe*, la paralysie de la tunique musculaire intestinale. Nous ferons remarquer en passant que, dans le cas que nous rapportons, le toucher rectal permettait de constater la dilatation habituelle de l'ampoule rectale et du segment inférieur du gros intestin, et non leur aplatissement,

comme dans l'occlusion. Ceci pourrait peut-être servir au diagnostic.

Suivant la diversité des symptômes que présentent les malades, on a pu distinguer plusieurs formes cliniques.

Ces formes sont les suivantes :

I. — C'est d'abord la *diverticulite simple, pariétale, aiguë*.

Cette forme est très rare car elle rétentit vite sur le péritoine. Martin (« Removal of Meckels diverticulum for acute inflammation. » *Brit. Medic. Journ.*, 1902, I, p. 1375) en rapporte une observation.

Cette forme est essentiellement caractérisée par un état gastrique consistant en nausées, vomissements bilieux, quelquefois acides, contractions intestinales douloureuses, survenant par crises. Les selles sont normales. On note en une région variable de l'abdomen un certain empâtement et de la défense musculaire.

Cette forme est en général bénigne et se termine le plus souvent par la guérison.



## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(Kramer)

*Diverticulite pariétale avec abcès intra-diverticulaire, étranglement d'une anse engagée sous l'anneau formé par le diverticule. — Résection du diverticule. — Guérison.*

Un garçon de dix-huit ans, habituellement constipé, est pris tout à coup de douleurs abdominales avec vomissements, qui prennent rapidement l'aspect fécaloïde, sans élévation thermique. La région iléo-cæcale est douloureuse, et une certaine matité avec résistance de la paroi existe en dedans de cette région ; péristaltisme accentué dans les zones voisines ; on diagnostique une occlusion intestinale.

Laparotomie à droite de la ligne médiane ; on trouve au travers d'un large anneau fixé dans la profondeur un long segment d'intestin engagé mais non adhérent ; dégagement facile de l'intestin sain. L'anneau est formé par un diverticule de Meckel de 12 centimètres de long partant de la convexité d'une anse grêle et fixé à son extrémité au mésentère par des adhérences récentes et anciennes. Libération des adhérences et résection du diverticule. Guérison.

L'extrémité de ce diverticule forme une ampoule de la grosseur d'une grosse prune. La séreuse est fortement injectée

et couverte d'une mince couche de fibrine ; le renflement incisé laisse écouler une certaine quantité de pus jaune, peu odorant, riche en bactérium coli. La muqueuse est rouge, enflammée, non ulcérée. A l'endroit où commence la dilatation ampullaire, la lumière du conduit est complètement oblitérée. Le reste de l'organe, du volume d'un crayon, est long de 7 centimètres. La muqueuse présente quelques vestiges cicatriciels. Pas de corps étranger.

## OBSERVATION II

*Diverticulite pariétale avec présence d'un corps étranger.*

*Péritonite plastique. — Résection. — Guérison*

Un homme de quarante-cinq ans, de bonne santé antérieure, est pris brusquement, dix jours avant son entrée à l'hôpital, d'une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite (coup de poignard péritonéal).

*Traitement médical.* — Les douleurs persistent sans grande réaction ; mais il existe de l'inappétence et un état saburral des voies digestives.

A l'entrée à l'hôpital on constate les signes suivants : facies pâle, fatigué ; langue chargée, teinte subictérique des conjonctives ; quelques nausées sans vomissements ; douleurs sourdes, continues dans la région iléo-cæcale, irradiant dans l'abdomen et exaspérées par la pression ; ventre légèrement tympanisé, à la palpation, défense de la paroi et empâtement profond avec zone d'induration mal délimitée.

Température : 37-38 degrés, pouls régulier fort à 90, diagnostic : appendicite subaiguë.

*Opération.* — Laparotomie latérale ; on trouve une masse allongée ovoïde avec adhérences larges des anses intestinales et des fausses membranes ; libération des anses au milieu desquelles on rencontre un cordon arrondi du volume du pouce, qui est pris pour l'appendice. Un examen plus complet montre qu'il s'agit d'un diverticule iléal inséré sur une anse grêle et que l'appendice est sain. Résection du diverticule. Guérison.

*L'examen.* — On trouva dans le diverticule une arête de poisson avalée quinze jours auparavant et qui avait traversé obliquement, en partie, les parois du processus iléal pour aller jusqu'au péritoine.

*À la coupe.* — Altération très marquée de la couche glandulaire, culs-de-sac plongés dans un tissu inflammatoire riche en cellules rondes ; les glandes ont disparu en certains points et à ce niveau le tissu muqueux tend vers le sphacèle.

La tunique cellulaire présente des lésions inflammatoires avec néoformation de tissu fibreux, indice d'un processus inflammatoire subaigu ou chronique.

Les fibres musculaires sont dissociées par des traînées de cellules embryonnaires et en certains endroits par des tractus conjonctifs en voie d'évolution fibreuse.

La couche adipeuse présente des traces d'inflammation chronique, surtout accentuées au niveau du revêtement péritonéal ; dans cette zone on trouve par place du tissu conjonctivo-cellulaire formé de lamelles aplaties striées de cellules plates et de petits foyers hémorragiques

II. — C'est ensuite la *diverticulite avec péritonite enkystée*. Nous ne nous appesantirons pas sur cette forme, parce qu'elle n'offre rien de particulier. C'est le tableau clinique de toutes les péritonites localisées en général.

L'examen local ne donne en effet pas de résultats concordants. Le siège de la douleur est variable selon les cas.

### OBSERVATION III

(Kramer. — *Centr. f. Chir.*, 1868, n° 20.)

*Diverticulite suppurée d'origine traumatique (?) avec pépin de fruit dans la cavité diverticulaire. — Perforation et péritonite enkystée. — Résection tardive du diverticule. — Guérison.*

Un ouvrier de quarante ans reçoit un coup de pied de cheval dans le ventre, continue à travailler, mais est bientôt obligé d'arrêter et d'entrer à l'hôpital avec des vomissements, des douleurs abdominales et de la fièvre, 39°5. Rien d'anormal à l'inspection locale ; percussion douloureuse, matité et empâtement non mobilisable perceptible dans la région iléo-cæcale à deux travers de doigt au-dessous d'une horizontale passant par l'ombilic, atteignant presque la ligne médiane et limitée en bas par l'arcade de Fallope. Léger météorisme dans le reste de l'abdomen. Glace et opium. Les vomissements cessent. La tumeur se ramollit et présente une fluctuation perceptible par le rectum.

Le malade refusant l'opération sort de l'hôpital au bout de vingt jours ; quelques jours après sa sortie un médecin pratique sur la tumeur une petite incision qui donne passage à une notable quantité de pus à faible odeur fécaloïde ; cet écoulement persistant décide le malade à venir au bout de cinq mois

à l'hôpital ; on agrandit l'incision, mais on ne trouve pas de communication entre la cavité suppurante et l'intestin. Il persiste une fistule située à deux travers de doigt au-dessus du milieu de l'arcade crurale et de 6 centimètres environ de profondeur. Une opération pratiquée dans le but de supprimer le trajet fistuleux conduit dans une cavité haute circonscrite par des adhérences péritonéales et dans laquelle vient aboutir un diverticule de Meckel, inséré sur la convexité de l'intestin et ouvert dans la cavité. Résection du diverticule. Guérison.

L'examen de ce diverticule montre qu'il existe à 2 centimètres environ de son extrémité terminale un orifice fistuleux ; les parois sont fortement tuméfiées et la cavité du conduit renferme du pus et un pépin de poire ou de pomme étroitement engagé dans la lumière et l'oblitérant presque complètement.

Dans la *diverticulite avec péritonite généralisée* il faut faire entrer des cas très dissemblables, de par les symptômes, de par les causes et de par les lésions rencontrées.

C'est en effet dans cette forme que, comme nous le verrons en étudiant l'anatomie pathologique, on trouve soit un diverticule épaissi et congestionné, avec des anses intestinales vascularisées, dépolies, recouvertes de fausses membranes ; soit un diverticule noirâtre tordu sur son axe et où la gêne circulatoire a pu amener de la gangrène ; soit, ce processus étant exagéré, la perforation même de cet organe.

Là n'est pas l'unique cause de ces perforations. Elles peuvent être, comme nous venons de le dire, mécaniques ; elles peuvent encore être mécaniques, mais par un

autre processus : il est des cas où des corps étrangers ayant pénétré dans le diverticule ont abouti au même résultat que la stase, la perforation. Il est enfin des cas où la perforation est le résultat d'un processus ulcéreux : c'est ce qui arrive dans la fièvre typhoïde par exemple où l'on a rapporté des cas de perforations du diverticule de Meckel par ulcération d'une ou plusieurs plaques de Peyer que renfermait cet organe. Il est rare que des adhérences protectrices aient le temps de se former pour opposer une barrière à l'envahissement du péritoine par l'infection ; cela contribue à établir le pronostic sévère de cette forme. On comprend combien la situation est aggravée par une infection concomitante comme dans le cas de fièvre typhoïde et que la mort soit presque toujours la règle.

La symptomatologie varie peu dans cette forme, suivant les observations relatées. C'est le tableau de la péritonite généralisée classique.

#### OBSERVATION IV

(Mauclaire. — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, novembre 1903.)

*Diverticulite avec péritonite généralisée. — Diagnostic  
Appendicite probable. — Opération. — Mort*

Homme, cinquante-quatre ans, sujet depuis plusieurs années à des douleurs abdominales sans siège fixe. Il y a trois jours, apparition des douleurs habituelles ; coliques, vomissements,

absence de gaz et de selles ; ventre ballonné surtout à la partie inférieure ; tendance à l'hypothermie, 36°5, facies altéré, palpation abdominale douloureuse dans la zone ombilicale, mais non spécialement dans la fosse iliaque droite ; vomissements porracés et fécaloïdes.

*Diagnostic.* — Péritonite généralisée, probablement d'origine appendiculaire avec parésie intestinale.

*Opération.* — Première incision sur la ligne médiane. Anses grêles très rouges et distendues ; un peu de liquide louche dans le cul-de-sac de Douglas.

Deuxième incision dans la fosse iliaque droite pour explorer l'appendice ; cæcum distendu et contourné sur lui-même ; recherche difficile de l'appendice en raison de la distension énorme de l'intestin. Ni pus ni fausses membranes péri-cæcales, nouvelle exploration du petit bassin ; on rencontre dans la concavité sacrée une très grosse bride tendue au-dessous de laquelle des anses sont engagées, mais non étranglées ; par tractions on amène au dehors un volumineux diverticule de Meckel sans méso, ni perforé, ni sphacelé, dont le sommet présente des ulcérations superficielles ; trace des adhérences dans le pelvis.

En raison du mauvais état général de l'opéré, on se borne à faire une invagination du diverticule pour le raccourcir sans le réséquer. Mort douze heures après.

*Autopsie.* — Appendice sain ; le diverticule unique siège à 50 centimètres de la valvule iléo-cæcale ; lésions de péritonite diffuse.

*Examen microscopique* — Altérations inflammatoires du diverticule et du segment intestinal adjacent ; épithélium de la muqueuse à peu près normal ; par places envahissement des glandes

par des cellules embryonnaires, maximum des altérations dans la zone folliculaire; placards des cellules rondes; en somme folliculites et péri-folliculites; lésions analogues mais atténuées sur le segment intestinal adjacent.

## OBSERVATION V

(Boinet et Delauglade)

*Ulcération et perforation typhoïdique d'un diverticule de Meckel. — Péritonite généralisée. — Résection du diverticule. — Mort.*

Une femme de trente-cinq ans, atteinte de fièvre typhoïde, est prise des accidents de péritonite par perforation.

Laparotomie douze heure après début. Incision médiane, écoulement liquide jaune sale, louche, purulent sans odeur fécaloïde. On dévide l'intestin, on trouve un diverticule aussi large que les anses iléales, long de 10 centimètres, à sommet conique, présentant une perforation de 4 à 5 millimètres ayant donné issue aux matières fécales liquides. Le diverticule est épaissi, induré, sur une hauteur de 3 centimètres; sa base souple s'abouche largement dans une anse non altérée. Résection. Mort seize heures après.

*Autopsie.* — Lésions de péritonite purulente, suraiguë, plaques de Peyer ulcérées dans la terminaison de l'iléon, le diverticule présente des follicules clos infiltrés de cellules embryonnaires; au sommet se voit une ulcération avec une petite perforation irrégulière, à bords peu déchiquetés, infiltrés de cellules embryonnaires et de globules de pus; en certains points, petits foyers hémorragiques. Une calotte de fausses membranes fibrino-purulente coiffe le sommet perforé du diverticule.

## OBSERVATION VI

(Chauffart)

### *Diverticulite pariétale d'origine typhoïdique*

A l'autopsie d'un enfant mort de fièvre typhoïde on trouve un diverticule en forme de doigt de gant, libre, siégeant à 60 centimètres la valvule de Beaulieu, long de 7 centimètres, large de 1 centimètre, présentant à sa partie moyenne une plaque de Peyer très tuméfiée mais non ulcérée comme on en rencontre souvent chez les enfants.

## OBSERVATION VII (Personnelle)

K... caissier, quarante-huit ans, entre, le 4 juin 1907, à 5 heures du soir, pour une affection abdominale fébrile accompagnée de vomissements.

2 juin. — Le malade était allé à ses occupations comme d'habitude sans ressentir aucun malaise. La nuit du 2 au 3 juin, il accuse des nausées, un état gastrique vague, quelques coliques. Il éprouve une sensation de pesanteur au creux épigastrique. Insomnie complète. Vers le matin il a des efforts de vomissements. Il rend les aliments du dîner de la veille, avec beaucoup de bile, dit-il.

3 juin. — Il reste chez lui, fait appeler un médecin qui diagnostique une indigestion et administre au malade 30 grammes de sulfate de magnésie qui sont rendus au bout d'un quart d'heure.

Dans la journée les douleurs abdominales augmentent. Le malade dit que cela le tord. Il est en proie à des crises de coliques très violentes. Entre temps le ventre est endolori, on ne peut le toucher et le malade accuse une sensation de brûlure très vive à l'estomac. Efforts de vomissements revenant fréquemment et donnant lieu le plus souvent à des renvois, quelquefois au rejet d'un peu de bile ou d'une gorgée de liquide qui brûle la gorge.

Pour calmer ces vomissements on donne de la glace alimentaire à sucer, et une potion de Rivierre qui amène peu de soulagement.

Vers la fin de la journée tout est invariablement rejeté ; le lait, l'eau d'Evian même sont vomis immédiatement.

Peu de renseignements sur la température. Le malade dit avoir eu beaucoup de fièvre.

La nuit est très mauvaise ; le malade est agité et gémit sans arrêt.

Dans la journée du 4 juin les vomissements ne cessent pas. Le malade crie continuellement, souffrant beaucoup du ventre. C'est dans cet état qu'il est amené en ambulance le soir, à l'hôpital de Rothschild où il est admis d'urgence.

Le traitement institué consiste dans l'application de glace sur le ventre. On donne au malade de la glace à sucer, du champagne glacé qui est rejeté. La douleur persistant, l'interne de garde fait le soir une piqûre de morphine : le malade repose un peu, mais le sommeil est agité, et les réveils sont fréquents. Peu de vomissements pendant la nuit. Une selle diarrhéique. Température : 37°8. Pouls à 104.

5 juin. — Le malade est examiné à fond pendant la visite. Il s'agit d'un homme de corpulence moyenne, assez vigoureux,

Son facies tiré indique qu'il est en proie à de vives souffrances. Le teint est bistré ; les yeux sont profondément encavés et cerclés de noir ; le nez est pincé ; la langue est sèche et recouverte d'un épais enduit blanchâtre. Le malade répond aux questions d'une voix plaintive et fatiguée. Souvent il est obligé de s'arrêter, tant la parole lui est pénible.

Comme antécédents morbides on relève peu de chose. Le malade a souffert fréquemment dans le côté droit et l'abdomen et a eu, paraît-il, plusieurs crises de coliques hépatiques. Sur le conseil de son médecin, il a fait une saison à Vichy, mais les crises n'ont pas paru diminuer. Il est également sujet à des embarras gastriques se traduisant par de l'inappétence, parfois des vomissements, souvent de l'entérite. Comme affection grave, on ne retrouve guère qu'une fièvre typhoïde à l'âge de trente ans.

Le malade très sobre ne se livre jamais à aucun excès. Il a trois enfants bien portants.

Son père est mort d'une hémorragie cérébrale à soixante-neuf ans ; sa mère est encore vivante et bien portante. Parmi ses frères et sœurs, deux sont morts en bas âge. Un frère aîné est sujet aux coliques hépatiques. Deux sœurs n'ont dans leur passé rien de particulier.

L'examen du ventre est rendu très difficile par les douleurs qu'il occasionne au malade. Le ventre est ballonné, pointé légèrement en avant, et les frôlements les plus superficiels réveillent la douleur.

La palpation est presque impossible et n'apprend rien de particulier. La douleur est peut-être plus vive encore dans la région ombilicale, sans qu'il soit possible de lui assigner un siège précis.

La percussion très douloureuse révèle du tympanisme généralisé.

Les urines sont rares et très foncées.

Les vomissements sont bilieux, jaunâtres et parfois verdâtres.

La température rectale est de 37°8. Le pouls est à 110.

Le cœur est normal. La respiration est un peu précipitée; on en compte 30 environ par minute.

Le toucher rectal permet de constater que le segment inférieur du rectum n'est pas aplati, mais que l'ampoule est normalement dilatée. Cet examen réveille la douleur dans tout l'abdomen.

Le traitement pour la journée consiste dans l'application d'une vessie de glace, et dans l'administration de pilules d'opium : 1 centigramme toutes les deux heures. Après la troisième pilule le malade s'assoupit. Le soir, température : 38°6. Pouls à 112.

Pendant la nuit, agitation, insomnie, subdélire.

Le lendemain, 6 juin, la situation s'est nettement aggravée. La température est à 38°6, le pouls à 120. Le ventre est très ballonné, la respiration est gênée. Ni selles, ni gaz.

Le facies est terreux, péritonéal; la voix cassée, presque éteinte. L'intervention chirurgicale avait été proposée la veille et refusée par le malade. Ce jour-là, il accepte, décidé à tout pour voir la fin de ses souffrances.

L'intervention est pratiquée dans la matinée. Anesthésie chloroformique. On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Immédiatement après l'incision du péritoine, les anses grêles considérablement distendues, sortent à travers les lèvres de l'incision. Elles sont fortement vascularisées et de nombreuses

fausses membranes les recouvrent. La distension intestinale fait songer à un obstacle sur l'intestin grêle.

Les anses intestinales sont dévidées, et brusquement l'on aperçoit sur la convexité d'une anse grêle en gros boudin noirâtre, long de 10 centimètres environ et du diamètre de l'intestin grêle. Ce boudin est tordu autour de son pédicule. On sectionne celui-ci entre deux pinces et on le ligature à la soie. On draine et on referme avec un plan de sutures.

Le soir, la température est à 39°5, le pouls à 130. Le malade s'endort et meurt assoupi le 7 juin à 6 heures du matin.

Le diagnostic, avant l'opération, n'avait pas été fait ; on avait passé en revue les différentes affections pouvant expliquer les symptômes constatés, sans pouvoir en éliminer aucune et sans pouvoir en adopter une.

L'obstruction intestinale, l'étranglement interne avaient été envisagés, mais la distension de l'ampoule rectale, le peu de ballonnement du ventre, l'absence de vomissements fécaloïdes ne cadraient pas avec cette hypothèse.

La péritonite était mise en cause également, mais son origine était obscure ; il ne pouvait guère s'agir d'appendicite, ce n'était point le siège habituel de cette affection.

La conclusion avait été : affection abdominale ayant un profond retentissement sur le péritoine.

L'autopsie ne put être pratiquée.

L'examen de la pièce révéla les lésions suivantes :

La muqueuse intestinale est nécrosée par îlots.

Dans toute l'épaisseur de cette muqueuse on note une infiltration de cellules embryonnaires. La fibre musculaire est dis-

sociée et détruite par place. Dans la couche sous-péritonéale, nombreuses hémorragies capillaires.

Le contenu du diverticule est constitué par un liquide sanieux, roussâtre, d'odeur infecte. Quelques flocons muqueux nagent dans ce liquide.

L'examen bactériologique révèle la présence du coli-bacille en grande abondance, et de nombreux anaérobies.

### OBSERVATION VIII

(Rayer. — *Archiv. gén. de Médecine*, 1824.)

#### *Diverticulite gangréneuse. — Mort*

F..., trente-deux ans, souffrant depuis un certain temps de gastro-entérite chronique, est prise de violentes douleurs abdominales, siégeant à la hauteur d'une ligne réunissant les deux épines iliaques antérieure et supérieure à l'union de la fosse iliaque droite avec l'hypogastre, vomissements bilieux fréquents, ventre souple excepté dans la zone douloureuse, constipation, pouls petit, fréquent, traitement médical. Mort quinze jours après le début des accidents.

*Autopsie.* — Traces de péritonite particulièrement dans la région hypogastrique ; on trouve dans la fosse iliaque droite un diverticule idéal enflammé et gangrené marqué à sa base d'une tache ovale, de sphacèle et formant une arcade sous laquelle s'engage l'iléon ni comprimé ni distendu et d'apparence sain. Quelques adhérences récentes unissent le diverticule au mésentère appendice normal ; on trouve un autre diverticule, libre et flottant dans la cavité de l'iléon formé par la muqueuse et la séreuse.

IV. — Dans la diverticulite avec péritonite septique le tableau clinique est beaucoup plus grave. Les phénomènes généraux sont d'emblée à leur maximum ; le shock beaucoup plus prononcé, la situation rapidement mauvaise ; le malade paraît profondément intoxiqué, le teint est plombé, les yeux excavés, le nez pincé, les lèvres fuligineuses, les extrémités froides et cyanosées. La terminaison fatale est la règle et survient très vite.

V. — Dans les formes chroniques on peut observer, comme dans l'appendicite des formes atténuées où les symptômes sont pour ainsi dire estompés, où une seule crise survient et constitue un épisode unique, ou bien au contraire, des formes atténuées mais à rechute.

De la lecture des observations se dégagent les symptômes suivants : douleur légère, plutôt colique, état nauséeux, diarrhée ou constipation, faible retentissement péritonéal, état général peu touché, langue saburrale, température peu élevée. Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre et pendant quelques semaines le malade est tranquille, puis se succèdent de nouvelles crises plus ou moins intenses.

## OBSERVATION IX

(Cahier)

*Diverticulite à rechutes simulant l'appendicite. — Résection à froid d'un diverticule entéroïde par inclusion. — Guérison*

C... artilleur, vingt-deux ans, entré à l'hôpital militaire de Versailles en octobre 1902.

A eu, en 1899, à l'âge de dix-neuf ans, une première crise abdominale caractérisée par des coliques, de la constipation, des douleurs dans la région iléo-cæcale d'une durée de huit jours.

En avril 1902, deuxième crise avec symptômes analogues aux précédents accompagnés d'élévation thermique et ayant nécessité un séjour d'un mois à l'hôpital de Vincennes.

Fin septembre de la même année, troisième crise ; troubles gastriques, constipation, douleur dans la fosse iliaque droite.

*A l'arrivée à l'hôpital.* — Abdomen ballonné avec empatement localisé dans la région appendiculaire et douleur présentant son maximum en dedans du point de Mac Burney, l'hyperesthésie est accentuée et rend pénible les contacts ; pas de vomissements, constipation ; langue saburrale ; pouls régulier bien frappé à 80 ; température : 37 à 38 degrés.

Les accidents rétrocédèrent en quelques jours sous l'influence du traitement ordinaire ; mais le malade garde jusqu'au moment de l'opération à froid pratiquée le 20 septembre, de la sensibilité au voisinage du point de Mac Burney et une tendance au ballonnement du ventre avec constipation nécessitant l'emploi des lavements tous les deux jours ; il persistait une zone d'empatement assez régulière dans laquelle on percevait par la palpation, une petite masse de la grosseur du pouce qui fut considérée comme constituée par l'appendice.

*Opération.* — Incision de Jalaguier ; en attirant le cæcum au dehors on amène avec lui un segment de l'anse grêle para-cæcale qui adhère sur la partie latérale du gros intestin par l'intermédiaire d'un corps dur, épais, du volume et de la forme d'une noix, présentant aussi des adhérences avec une lame d'épiploon rouge et parsemée d'enfiltrats sanguins. Il semble

au premier aspect qu'on ait affaire à un appendice plus ou moins modifié dans sa forme et ses rapports par les poussées antérieures, ou à un gros ganglion enflammé ; mais en faisant basculer le cul-de-sac cæcal on trouve l'appendice long, mince, contourné et ne laissant voir aucune trace d'un travail inflammatoire. L'appendice est d'abord réséqué. Dans un deuxième temps libération des adhérences qui réunissent la petite tumeur au cæcum, libération assez délicate en raison de la solidité des surfaces d'accollement, résection en chaîne du lambeau épiploïque adhérent, aggloméré et que les petits foyers hémorragiques infiltrent jusqu'à une certaine hauteur.

La tumeur ne gardera plus alors de connexions qu'avec l'anse iléale. Elle est distante de 7 à 8 centimètres de la valvule de Beaulieu ; son grand axe ovalaire est parallèle à l'intestin au bord libre duquel elle est plaquée étroitement par toute sa face inférieure. La dissection faite aux ciseaux, car le doigt est impuissant à désunir les connexions, s'accompagne d'un suintement sanguin abondant ; la section du pédicule très court met à nu une surface muqueuse d'aspect caractéristique se continuant d'une part avec la cavité de l'organe appendiculaire, de l'autre avec la muqueuse intestinale. Suture de la plaie de l'intestin et enfouissement du petit moignon par quelques points à la Lambert ; guérison sans incident.

Le diverticule formait avec le cæcum et l'anse terminale de l'iléon un anneau complet tout prêt à recevoir et à étrangler une anse intestinale. Il était constitué par des parois épaisses de 6 à 7 millimètres ou moins, délimitant une cavité ampullaire communiquant avec l'intestin par un canal étroit, court, formant une sorte de sphincter ; il ne contenait ni corps étranger ni matière fécale.

L'examen microscopique fait par le D<sup>r</sup> Lemoine (du Val-de-Grâce) montre que le diverticule présentait la constitution de la paroi intestinale avec ses villosités, ses glandes de Lieberkûlm et ses follicules clos ; la paroi très hypertrophiée présentait des travées fibreuses plus épaisses que normalement.

## OBSERVATIONS RÉSUMÉES

HOUSTON. — *The Amer. Journ. of med. Sc.*, 1884. Diverticulite à rechute et péritonite. Mort.

ANTONETTI. — *Rev. Venetadi Sc. med.*, 1902-1903. Diverticulite récidivante avec phénomènes d'étranglement occasionnés par une adhérence anormale du diverticule. Origine tuberculeuse. Résection du diverticule. Guérison.

JACKSON. — *Descript. Catal. of the Museum of*, Boston, n° 497. Diverticulite à rechutes. Perforation du diverticule. Mort.

KARYAN. — *Il Policlinico*, n° 66, fasc. 46, 1900-1901. Diverticulite à rechutes avec abcès enkysté. Résection. Guérison.

HILGENREINER. — *Beitr. f. Klin. Chir.*, XI, 1903. Diverticulite chronique ulcéreuse à rechute. Résection du diverticule. Guérison.

HILGENREINER. — *Zel.* Diverticulite et appendicite simultanées à rechutes. Perforation du diverticule. Mort pendant l'opération.

GALEAZZI. — *Gaz. med. di Torino*, 1898, n° 9. Diverticulite à rechutes avec abcès péri-diverticulaire. Calcul stercoral. Anus artificiel. Mort.

## EVOLUTION ET PRONOSTIC

D'une manière générale le pronostic est grave.

Sur 50 cas, on signale 21 guérisons, 24 morts et pour 5 cas le résultat est inconnu.

L'évolution et le pronostic diffèrent essentiellement suivant la forme clinique et suivant que le traitement est appliqué en temps opportun.

Dans les formes chroniques et dans la forme dite simple le pronostic est en général bénin et tout peut rentrer dans l'ordre sans intervention.

Dans la forme avec péritonite enkystée tout peut encore s'arranger et la terminaison se faire par la formation d'un abcès qu'on ouvrira ultérieurement ou qui se videra dans une des cavités naturelles.

Dans les formes avec gangrène et perforation, le pronostic est alors des plus graves. Il est un peu amélioré par l'intervention précoce. La terminaison fatale est la règle si l'on n'opère pas.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les pièces provenant des diverticulites observées, soit à l'opération, soit à l'autopsie, permettent de constater les lésions suivantes :

Macroscopiquement, il s'agit d'une masse adhérente ou non, tendue, rouge, violacée ou noirâtre ; parfois on constate des plaques de sphacèle parsemant l'organe, mais plus fréquentes à la pointe.

Les perforations sont fréquentes (13 perforations dans un cas de Makins).

On a trouvé fréquemment aussi des corps étrangers : des noyaux de cerise dans le cas de Beale, Denucé, Koite, des pépins de fruits (cas de Kramer), des arêtes de poissons (Blum, Piquand et Grenet, Hollander), des calculs biliaires (Hollander), un calcul stercoraire (Galleaje), des parasites intestinaux (2 ascaris, Von Karajan).

Les parois sont parfois hypertrophiées, présentant des lésions d'inflammation chronique.

Microscopiquement, les lésions les plus fréquentes, d'après Macaigne et Blanc, sont les suivantes :

Dans le premier cas, alors que les lésions sont à leur

premier stade, la partie superficielle de la muqueuse n'est guère lésée. Les glandes, dans leur ensemble, paraissent normales, la gaine folliculaire est altérée. On trouve des traînées de lymphangite vers le péritoine, de la folliculite et de la péri-folliculite (lymphangite, térébrante de Letulle).

Dans un deuxième stade, les lésions sont plus prononcées, la couche glandulaire est très altérée, elle est détruite par places. Les lésions de lymphangite sont plus nombreuses et plus profondes.

Le péritoine peut présenter soit des lésions généralisées, soit des lésions localisées : dans ce dernier cas, il se forme des adhérences protectrices limitant l'infection, immobilisant les anses voisines et les agglomérant, isolant, somme toute, la région malade de la grande cavité péritonéale.

Dans un cas de Jeannel une partie de la barrière protectrice était constituée par le mésentère.

L'intestin et l'appendice peuvent être atteints (cas de Edmann et Hilgenreiner). La coexistence d'étranglement intestinal à des degrés divers est fréquemment signalée. Dans un cas de Nicolson il y avait 40 centimètres d'intestin gangrené.

Dans un cas relaté par Gibbon « la portion de l'intestin à laquelle le diverticule était attaché avait été étranglée par lui à un tel point qu'il y avait un anneau blanc distinct s'étendant à peu près sur la moitié de sa circonférence, tel qu'on en voit dans les hernies étranglées ».

Les diverses recherches bactériologiques ont fait cons-

tater le plus souvent la présence du coli bacille (Picqué et Guillemot), ou d'anaérobies (Kramer, Galgeazzi). Antonelli a signalé une fois le bacille de Koch et Denecke une fois l'actinomycose.

## PATHOGÉNIE

De toutes les théories invoquées pour expliquer les diverticulites, aucune n'est satisfaisante, ou plus exactement une seule paraît insuffisante pour expliquer tous les cas.

C'est ainsi qu'ont été émises la théorie de la cavité close, la théorie mécanique, la théorie inflammatoire.

La théorie de la cavité close est justifiée par deux cas de Kramer où un pépin de fruit fermait la cavité. Cahier croit que cette théorie doit être invoquée le plus souvent. Pour Forgue elle expliquerait rarement la diverticulite. Quoi qu'il en soit, bien souvent la lumière de l'orifice qui fait communiquer le diverticule et l'anse intestinale est libre, et la cavité close n'existe pas. Cette théorie ne saurait donc suffire que pour quelques cas.

Il en est de même de la théorie de la gêne de la circulation par pression excentrique. Souvent, en effet, il y a distension excessive du diverticule, mais parfois aussi le diverticule gangrené a des dimensions minuscules, et il faudrait trouver quelles sont les causes qui interviennent pour augmenter et faire agir cette pression.

Reste enfin la théorie inflammatoire, l'infection étant causée par les microbes vulgaires de l'intestin et se fixant de préférence sur une portion de l'intestin grêle riche

en formations lymphatiques, le diverticule constituant pour les microbes de l'intestin un milieu d'élection aussi favorable que l'appendice. On sait que des observations signalent la coexistence de lésions de ces deux organes. Cette hypothèse reste en tous cas entièrement à vérifier.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de diverticulite n'a jamais été fait. I n'existe pas, en effet, de symptômes caractéristiques de cette affection. Celle-ci sera, suivant que le péritoine réagira dans toute son étendue, ou localement confondue avec l'appendicite, la sigmoïdite, l'occlusion intestinale. Rappelons brièvement les signes propres à ces affections et pouvant aider à élucider le problème.

Dans l'appendicite, la douleur a son siège nettement à droite. Si la douleur se généralise, une sensibilité exquise persiste encore au point de Mac Burney. Il n'y a pas de ballonnement du ventre. La défense musculaire, l'empâtement de la fosse iliaque sont autant d'excellents signes.

Dans la sigmoïdite, le siège des douleurs est également caractéristique, la marche des accidents moins aiguë, l'état général beaucoup moins atteint.

L'occlusion peut être facilement confondue avec la diverticulite. Cahier pour différencier les deux affections donne les signes suivants dont la valeur est surtout appréciable pour éviter de confondre appendicite et occlusion :

Le relèvement brusque de la main et du doigt qui pèse sur l'abdomen détermine une douleur vive quand il

il y a *péritonite*, ce qui ne se produit pas dans le cas d'*occlusion* (signe de Kocher).

L'accélération et la superficialité de la respiration indiquent une péritonite.

La chaleur exaspère la diverticulite avec péritonite.

La différence normale de 0°6 entre les températures rectale et axillaire monte en moyenne à 0°9 et peut même aller jusqu'à 1°4 quand il y a péritonite, soit d'origine appendiculaire, soit d'origine diverticulaire.

Ajoutons encore les signes fournis par le toucher rectal qui est douloureux dans les cas de péritonite et ne provoque aucune douleur quand il y a occlusion (Jeannel).

L'ampoule rectale est aplatie en cas d'occlusion tandis que dans la diverticulite elle reste normalement dilatée (cas personnel).

## TRAITEMENT

Le traitement est avant tout chirurgical. Il suffit pour montrer la nécessité de l'intervention de citer une statistique portant sur 9 cas non opérés et donnant 8 morts, et un résultat inconnu !

Sur 41 opérés, 16 sont morts, 21 ont guéri et il y a 4 résultats inconnus.

L'intervention améliore donc le pronostic qui reste néanmoins très sérieux.

Cette intervention doit être précoce, car le plus souvent il s'agit de péritonite généralisée.

Quand la péritonite est localisée, la conduite à tenir est l'expectation armée. Dès qu'il y a un abcès constitué, il faut ouvrir et drainer.

Si la température est persistante, si le malade s'affaiblit, là encore il faut opérer.

Enfin il est des cas très rares où l'opération a pu être pratiquée à froid : on conçoit que ce soient là les cas les plus favorables.

## CONCLUSIONS

I. — La diverticulite est une affection rare et qui, jusqu'à ces dernières années, a dû fréquemment passer inaperçue en raison de l'absence de symptômes propres.

II. — Cette absence de symptômes propres explique la confusion habituelle avec les affections abdominales aiguës.

III. — C'est surtout avec l'appendicite grave que l'erreur peut être commise. Au point de vue clinique, il ne faut pas s'exagérer l'importance de cette erreur puisque dans les deux cas le traitement est avant tout chirurgical.

IV. — Le pronostic est d'autant plus grave que la maladie est abandonnée à elle-même. Seule l'intervention rapide donne des chances de sauver le malade.

---

Vu : le président de la thèse,  
RECLUS

Vu : le Doyen  
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.  
L. LIARD



## BIBLIOGRAPHIE

- Beach.* — *Annals of surgery*, 1896.
- Blanc.* — Contribution à l'étude de la pathologie du diverticule de Meckel. Thèse de Paris, 1899.
- Berger.* — Bull. Soc. chirurgie. Paris, avril 1905, p. 369.
- Boinet et Delaunay.* — Arch. générales de médecine, 1899, p. 447.
- Bouvier.* — Gaz. méd. de Paris, 1851.
- Cazin.* — Thèse de Paris, 1862. Etude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin.
- Cahier.* — De l'inflammation des diverticules intestinaux ou diverticulites. Revue générale, in Revue de chirurgie, 1906.
- Société de Chirurgie de Paris, 1898.
- Chauffard.* — Bulletin. Soc. anatom. Paris, 1879, p. 742.
- Carrière.* — Bull. Soc. anatom. Paris, 1864, p. 497.
- Dénucé.* — Bull. Soc. anatom. Paris, 1851, p. 369.
- Denecke.* — Ueber die Entzündung des Meckel'schen Divertikels und die Gangrän desselben. Deust. Zeit. für Chirur. Leipz., 1901, 1902. LXII, pp. 523-547.
- Erdmann.* — Méd. Rec., 1900, LVIII, p. 645.
- Eswald.* — Berl. Klin. Wochens., 1897, n° 8, p. 169.
- Falk.* — De ileo ex diverticulis, adjecta morbi historia. Thèse de Paris, 1835.

- Forgue et Riche.* — Le diverticule de Meckel, 1907.
- Galton.* — Trans. of. the Pathol. Soc. of. London, 1872, XXIII, p. 103.
- Gibbon.* — Amer. J. of. Med. Sc., 1903.
- Guleazzi.* — Gaz. med. di Torino, 1898, n° 9.
- Hilgenreiner.* — Entzündung und Gangrän des Mek'schen Divertikels. Beitr. z. Klin. chir., 1903, XL, pp. 99-135.
- Hartmann.* — Bull. Soc. chirurgie. Paris, 1898, p. 204.
- Hauston.* — Descript. Catal. Museum of. the royal college of surgeons in Ireland, 1834, I, p. 38.
- Hollander.* — Soc. de méd. berlinoise, 4 juillet 1906.
- Italo Antonelli.* — Chirurgie dei diverticoli intestinali. Rev. Veneta di Scienze mediche, 1902 et 1903.
- Kramer.* — Centralblatt f. chir., 1898, LXX, pp. 521-526.
- Kuttner.* — Beitr. f. Klin. chir., t. XXI, p. 289.
- Kærte.* — Berlin. Klin. Wochensch., 1894, pp. 922 et 962.
- Lardennois.* — Bull. Soc. Anat. de Paris, 1894, p. 295.
- Littre.* — Mém. de l'Acad. royale des Sciences. Paris, 1719, pp. 300-309.
- Miles-Porter.* — Abdominal crises caused by Meckel's diverticulum. Annals of Surgery, 1902, XXXV.
- Makins.* — Trans. Pathol. Soc. London, 1892-1893, XLIV, p. 90.
- Maucclair et Macaigne.* — Bull. Soc. anat. Paris, fév. 1898.
- Macaigne et Blanc.* — Bull. Soc. anat. Paris, 1899.
- Mareau et Bertherand.* — Gaz. méd. de Strasbourg, 1852.
- Neumann.* — Arch. f. Klin. Chir., t. LXII, p. 977.
- Nicolson.* — N.-Y. Méd. Journ., 1900, LXXI, p. 977.
- Odennis.* — Jerhr. uber die Forts. der ges. Méd., 1884.

**Parise.** — Bull. Acad. de médecine, 1850-1851, XVI, pp. 373-376.

**Piquant et Grent.** — Bull. Soc. Anat., 1900, p. 390.

**Piqué et Guillemot.** — Congrès français de chirurgie, 1897.

— Bull. médical, 1899, pp. 517-520.

**Rayer.** — Archives générales de Méd., 1824, V, p. 80.

**Rokitansky.** — Lehrbuch d. path. Anat., 1861.

**Salva Mercadé.** — Les diverticulistes. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abd., t. XI, 1907, n° 1, pp. 81-114.

**Stubenrauch.** — Congrès de chirurgie allemand, 1898.

**Terrier.** — R. de chirurgie, 1900.

**Tuffier.** — Congrès fr. de chir., 1904, pp. 432 et 440.

**Weill et Frenkel.** — Bull. Soc. anatom., 1906.

**Karajan (Von).** — Wien. Klin. Woch., 1901, XIV, p. 714.





